

Hiperparatiroidismo y litio

Introducción. El litio es una medicación útil en el manejo del trastorno bipolar y otros procesos psiquiátricos no exenta de complicaciones y efectos secundarios.

Caso clínico. Mujer de 59 años que presenta como antecedentes de interés un intento autolítico secundario a una depresión mayor cronicada, migraña, reflujo gastroesofágico, hernia de hiato y *fractura de cuello de 4.º metatarsiano del pie derecho por traumatismo indirecta*, y que se encuentra en tratamiento con citalopram, litio, omeprazol, almagato, paracetamol y tramadol. Dicha mujer presentó en un análisis rutinario para control de las concentraciones de litio un aumento del calcio sérico a 10,7, una calciuria de 70 mg/24 h, fosfatasa alcalina de 339, PTH de 86 y TSH y fósforo normal. Con estos datos se le diagnosticó un *probable hiperparatiroidismo primario asintomático secundario al litio*. Se procedió a realizar densitometría ósea con el resultado de osteopenia lumbar y osteoporosis en cadera. Tras esta situación y con control psiquiátrico, se retiró el litio consiguiendo una normalización de las concentraciones séricas de calcio y PTH.

Discusión y conclusiones. El litio produce hipercalcemia e hipocalciuria entre un 10-20% de los casos y en un porcentaje menor, elevación de la concentración sérica de PTH. No obstante, incluso sin la presencia de una hipercalcemia, puede inducir un efecto en la regulación calcio-PTH, elevando ligeramente la concentración sérica de PTH y manteniendo una normocalcemia¹. La hipercalcemia depende de la administración continua de litio, disminuyendo y reapareciendo cuando se interrumpe y se reanuda el litio, respectivamente. Un escaso número de pacientes puede presentar adenomas paratiroides, aunque éstos pueden corresponder a casos que tenían un tumor paratiroideo que apareció de forma independiente, aceptándose que en la mayoría de los casos se trata de glándulas hiperfuncionantes. Sin embargo, estimulando prolongadamente la multiplicación de las células paratiroides se puede

favorecer el desarrollo de adenomas como los que aparecen en el hiperparatiroidismo primario, y es posible que el estímulo crónico del litio sobre las paratiroides sea un factor de riesgo para la formación de adenomas^{2,3}.

La fisiopatología del efecto del litio en el balance del calcio consiste en un desplazamiento hacia la derecha de la curva que representa la secreción de PTH por las glándulas paratiroides según las concentraciones de calcio, es decir, se necesitan concentraciones de calcio mayores para reducir la secreción de PTH⁴.

Los efectos sobre el esqueleto no están claros. Dos estudios longitudinales de un total de 21 pacientes sugieren una significativa descalcificación en el antebrazo tras un corto periodo de terapia con litio (3-6 meses)⁵. Estos resultados no se confirmaron en un reciente estudio de densidad ósea en columna y cadera de 25 pacientes tratados con litio y 25 pacientes control⁶.

Como conclusión, si aparecen síntomas o signos molestos, como valores elevados de calcio en sangre, desmineralización ósea progresiva o cálculos renales, quizá fuese necesario ensayar otros fármacos psicótropos, y si no se deben tratar como cualquier paciente con hipercalcemia asintomática.

**R. Gómez Moreno^a,
T. Lobo Fresnillo^b, A. Calvo
Cebrián^a y N. Monge Ropero^a**

^aMedicina Familiar y Comunitaria.

^bMedicina Familiar y Comunitaria.

Tutor de residentes.

Centro de Salud Segovia I. España.

1. Mak TW, Sheck CC, Chow CC, et al. Effects of lithium therapy on bone mineral metabolism: a two year prospective longitudinal study. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:3857.
2. Mc Henry CR, Lee K. Lithium therapy and disorders of the parathyroid glands. *Endocr Pract* 1996;2:103.
3. Nordenstrom J, Strigard K, Perbeck L, et al. Hyperparathyroidism associated with the treatment for manic-depressive disorders by lithium. *Eur J Surg* 1992; 158:207.
4. Haden ST, Stoll AT, Mc Cormick S, et al. Alterations in parathyroid hormone dynamics in lithium-treated subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1997;82:2844.
5. Plenge P, Rafaelsen OJ. Lithium effects on calcium, magnesium and phosphate in

man effects on balance, bone mineral content, fecal and urinary excretion. *Acta Psychiatr Scand* 1982;66:361.

6. Nordenstrom J, Elvius M, Bagedahl-Strindlund M, et al. Biochemical hyperparathyroidism and bone mineral status in patients treated long-term with lithium. *Metabolism* 1994;43:1563.

Grado de intervención en tabaquismo en el medio rural

El tabaquismo es la principal causa aislada de morbilidad prematura y evitable en los países desarrollados¹. La tendencia actual en España es el incremento de muertes atribuibles al consumo de tabaco². El sistema de atención primaria constituye un marco adecuado para realizar intervenciones en tabaquismo³, ya que ofrece una atención continuada y permanente; es un medio muy accesible a la población y desarrolla actividades de prevención y promoción de la salud que pretenden modificar estilos de vida no saludables como el consumo de tabaco⁴.

Objetivo. Evaluar la información recogida en las historias clínicas sobre el consumo de tabaco.

Diseño. Estudio epidemiológico observacional retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de salud en el medio rural con una población atendida de 950 habitantes.

Participantes. Pacientes que han acudido a la consulta de atención primaria entre 1993 y 2001.

Mediciones principales. La unidad de análisis es la historia clínica. Se revisaron en las historias las siguientes variables: sexo, edad, consumo de tabaco, cigarrillos/día, enfermedades crónicas diagnosticadas y registro de consejo tabáquico.

Resultados. Fueron revisadas 704 historias clínicas, el 8% (58) no presenta registro tabáquico. Del resto (n = 646), el 28% (182) son fumadores, el 39% de los varones y el 13% de las mujeres. En el grupo de 16 a 25 años (n = 103), el 44% (45) no

Palabras clave: Hiperparatiroidismo. Litio. Hipercalcemia. Trastorno bipolar.

Palabras clave: Tabaquismo. Atención primaria. Salud rural.

presenta registro; del resto (58), el 38% (22) son fumadores y el 62% (36) son no fumadores. En el grupo de 26 a 45 años ($n = 193$), el 2% (4) no presenta registro; del resto (189), el 49% (92) son fumadores, el 49% (92) no fumadores y el 2% (5) ex fumadores. En el grupo de 46 a 65 años ($n = 187$); el 4% (7) no presenta registro, del resto (180), el 26% (46) son fumadores, el 66% (120) no fumadores y el 8% (14) ex fumadores. De los mayores de 65 años ($n = 221$); el 1% (2) no presenta registro, del resto (219), el 8% (17) son fumadores, el 70% (154) no fumadores y el 22% (48) ex fumadores. El 26% de los fumadores consume menos de 10, el 37% entre 10 y 20 y el 37% más de 20. El 25% de los fumadores presenta diagnóstico de alguna enfermedad crónica en la que dejar de fumar forma parte del tratamiento. En el 37% de los pacientes fumadores existía registro de intervención mínima de deshabituación tabáquica.

Discusión y conclusiones. La recogida de datos referentes a tabaquismo es muy deficiente en el grupo de edad de 16 a 25 años. Esta situación obliga a mejorar el registro en el grupo de edad más joven para intentar frenar su iniciación y mantenimiento en el consumo de tabaco⁵. Por otra parte, en la consulta de atención primaria se realiza un seguimiento protocolizado de los pacientes que presentan patologías crónicas; sin embargo, observamos un alto porcentaje de casos en los que existe ausencia de intervención tabáquica o se trata de fumadores en los que el consejo mínimo no ha sido una intervención eficaz. En estos fumadores debemos reforzar el consejo, mejorar el seguimiento e individualizar el tratamiento para conseguir que dejen de fumar⁶.

L. Dieste^a, I. Nerín^b,
A. Crucelaegui^c y A. Mas^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rural.

^bProfesora del Departamento de Medicina y Psiquiatría. ^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Tabaquismo de la Facultad de Medicina (FMZ). Universidad de Zaragoza. España.

1. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, Graciani A, Villar F. Muertes atribuibles al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)* 2001;117:693-4.
2. Subías P, García-Mata JR, Perrilla L y Grupo de Evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas analizada en el ámbito de centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. *Aten Primaria* 2000;25:383-9.
3. Martín C, Jane C, Nebot M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. *Aten Primaria* 1993;12:86-90.
4. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. *Med Clin (Barc)* 1996;107:706-10.
5. Hernández MA, Torrecilla M, Barrueco M. Individualización del tratamiento: deshabituación tabáquica en situaciones especiales. En: Barrueco M, Hernández-Mezquita MA, editores. *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Paudan, 2001; p. 209-25.

Perfil del cuidador principal y valoración del nivel de ansiedad y depresión

Introducción. El aumento de la población anciana es consecuencia del incremento de la esperanza de vida, presentando una elevada prevalencia de enfermedades crónicas e invalidantes, con la consiguiente demanda de ayuda médica, social y familiar. Llamamos cuidador principal (CP) a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes¹. La tarea de cuidar conlleva una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir².

Objetivo. Conocer el perfil del CP de nuestro programa de atención domiciliaria, así como las consecuencias para su propia salud y posibles factores de riesgo asociados.

Diseño. Estudio observacional transversal.

Emplazamiento. Área básica de salud urbana (ABS) y docente que atiende a 20.000 habitantes aproximadamente.

Participantes. Muestra consecutiva de 58 pacientes adscritos al programa de atención domiciliaria de nuestro ABS. Rechazamos aquellos pacientes institucionalizados o aquellos cuyo CP era un profesional contratado.

Medidas e intervenciones. Mediante encuesta telefónica recogemos las variables del cuidador: edad, sexo, estado civil, parentesco, tiempo que lleva ejerciendo como CP, la ayuda que recibe y si presentaba problemas de insomnio. Se administra la escala de ansiedad-depresión de Golberg (EADG)³, que permite clasificar a los sujetos en *normal*, *probable ansiedad* (≥ 4 en la subescala ansiedad), *probable depresión* (≥ 2 en la subescala depresión) y *probable caso de malestar psíquico* cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas. Se recogen también los datos del paciente a su cuidado: edad, sexo, patología crónica, años desde el inicio de los cuidados y grado de deterioro (según escala Barthel).

Resultados. Los 58 CP estudiados tenían una edad media de 57,3 años (DE, 13,4) siendo el 89,3% mujeres y el 10,8% varones. El CP era el cónyuge del enfermo en un 34,5% (16 mujeres y 4 varones), un hijo/a en un 58,6% (32 mujeres y 2 varones) y en un 6,9% era un hijo/a político (4 mujeres). El tiempo medio que llevaban ejerciendo de CP fue de 6,8 años (intervalo, 2 meses a 30 años). Un 72,2% de cuidadores declaraba no recibir ninguna ayuda en el cuidado del paciente. Sólo un 16% trabajaba fuera de casa. Un 31% tenía problemas de insomnio. La edad media del paciente que tenía a su cuidado era de 79,7 (DE, 12,04). La escala de dependencia de Barthel fue: el 14,2% independientes, el 44,6% tenían una dependencia leve-moderada y el 41,1% tenía dependencia grave-total.

En 31 sujetos se detectó una probable ansiedad mediante la EADG, 32 presentaban una probable depresión y 23 sujetos tenían ansiedad y depresión simultáneamente. En un total de 41 CP se diagnosticó un probable malestar psíquico.

Conclusiones. El rol de cuidador principal puede ser estresante, destacando que un 71,4% de cuidadores principales está en situación de malestar psíquico. Por su alta vulnerabilidad, el médico de familia debe encaminar sus esfuerzos a una detección precoz para detectar cualquier situación de riesgo⁴. Así, en caso de confirmarse, apor-

1. González J, Villar F, Banegas JR, Rodríguez F, et al. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-82.

Palabras clave: Cuidador. Ansiedad. Depresión.